BRET.

EXTRAIT DE LA *Province Médicale*

DU SARCOME PRIMITIF
de la Plèvre

PAR MM. BRET ET CHATIN

Travail de la clinique médicale de M. le Professeur BONDET.

D'un diagnostic délicat au lit du malade, les cancers de la plèvre offrent encore, à l'autopsie, des lésions souvent difficiles à interpréter. Aussi quand on cherche à établir les caractères cliniques et anatomo-pathologiques spéciaux aux productions malignes primitives de cet organe, est-il prudent de n'accepter comme matériaux d'étude que des observations triées avec soin. Encore ne trouvons-nous là que des documents pour la plupart incomplètement utilisables. Et cela par la raison bien simple que, soucieux avant tout de la portée pratique de leurs remarques, beaucoup d'auteurs ne vont guère plus loin que le diagnostic différentiel, dans l'analyse des faits dont ils disposent. Et, de fait, il est d'un mince intérêt au point de vue du diagnostic et du pronostic, lorsqu'on est bien convaincu qu'un épanchement pleural est de nature cancéreuse, de savoir si le processus est né dans la plèvre ou s'il

a pour point de départ la lésion d'un autre organe. C'est pour cela que l'étude des néoplasmes malins de cette séreuse se dégage si péniblement de l'histoire générale des cancers pleuro pulmonaires et, pour tout dire, ne figure qu'à titre d'indication dans le diagnostic différentiel des pleurésies hémorrhagiques.

Aussi faut-il remonter aux premiers travaux publiés sur cette question pour trouver des observations ayant trait à l'affection qui nous occupe.

Durant toute une période dont les recherches de Trousseau marquent les débuts et qui, en France tout au moins, se poursuit jusqu'à ces dernières années, l'existence du cancer primitif de la plèvre ne se discute guère qu'à propos de certains cas de pleurésies hémorrhagiques. Or, il n'est pas sans intérêt de faire remarquer que les premiers essais ont abouti à des conclusions éronées. D'une part, Trousseau exagéra la fréquence des épanchements hémorrhagiques dans le cancer pleuro-pulmonaire, opinion qui ne cessa de prévaloir qu'après les travaux de Blumenthal (1), de Dieulafoy, et de Moutard-Martin (2).

D'autre part M. Jaccoud (3) affirmait que le cancer de la plèvre n'est jamais primitif. Or, une observation intéressante publiée en 1874, par M. Lépine (4), sembla fixer l'attention des auteurs sur l'existence possible de ce processus. Elle est reproduite dans la thèse de Arnault de la Ménardière (5), laquelle est, à notre connaissance, le premier travail d'ensemble consacré à cette question. Trois autres thèses ont paru en France, sur le même sujet.

---

(1) *Thèse de Paris*, 1868.
(2) *Thèse de Paris*, 1878.
(3) Jaccoud, — *Traité de Pathologie interne*, 1883, t. 2, p. 639.
(4) Lépine. — *Gazette Médicale de Paris*, 1874.
(5) A. de la Menardière. — *Etude clinique sur les manifestations cancéreuses de la plèvre, Thèse de Paris*, 1874.

La thèse de Leplat (1) est basée sur quatre observations, dont une seule nous parait probante et non sans réserves. Dans la thèse de Vinet (2) sont rassemblés neuf cas, dont un certain nombre sont sans valeur à notre point de vue, car l'auteur étudie le cancer pleuro-pulmonaire en général.

Quelques observations publiées isolément constituent des documents cliniques et anatomo-pathologiques intéressants. Tel est le cas, publié par MM. Dieulafoy (3) et Dutil (4) et ceux présentés par M. Gougenheim (5), à la Société médicale des hôpitaux à Paris, MM. Gangolphe et Dumarest (6), à la Société des Sciences médicales de Lyon. Plus récemment la thèse de Brunati (7) exclusivement consacrée à l'étude clinique de sarcome primitif de la plèvre, renferme une observation inédite et la relation de deux cas présentés à la Société anatomique.

Dans cette bibliographie, en apparence assez riche, nous avons éliminé un certain nombre de faits, Il est trop facile de se méprendre sur la portée des observations présentées par les auteurs, car, d'une part, le contrôle anatomique est plein d'embûches et, d'un autre côté, nous ne pouvons encore ramener à un critérium certain les caractères microscopiques de ces lésions.

La difficulté du contrôle, à l'œil nu, des altérations pleurales apparaît nettement dans certaines publi-

---

(1) Leplat. — *Thèse de Paris.*

(2) Vinet. — *Thèse de Paris*, 1884. *Du cancer pleuro-pulmonaire.*

(3) Dieulafoy, — *Cancer primitif de la plèvre. Bul. Soc. Méd. des Hôpitaux,* 11 février 1886,

(4) Dutil — *Gazette médicale de Paris.*

(5) Gougenheim, — *Bul. Soc. Méd. des Hôpitaux,* 26 mars 1866,

(6) Dumarest, — *Lyon Médical,* 1894.

(7) Brunati. — *Thèse de Paris*, 1894. — *Etude clinique sur le sarcome primitif de la plèvre.*

cations ; parfois, en effet, nous voyons les auteurs admettre le caractère primitif de la néoplasie pleurale, malgré l'existence manifeste d'altérations cancéreuses dans certains viscères.

L'observation 3 de la thèse de Leplat, le cas publié par Pitt (1) en sont des exemples.

Dans la première, une petite lésion de l'intestin a été systématiquement écartée ; dans le second cas, des petits nodules sous-muqueux du duodénum pouvaient être le point de départ de l'épithélioma cylindrique trouvé au niveau de la plèvre.

Il arrive, en effet, que la tumeur minuscule d'un organe détermine des métastases exubérantes.

On pourrait supposer *a priori*, que les tumeurs qui se généralisent aux plèvres, y donnent naissance à des formations nodulaires disséminées, plutôt qu'à des lésions étendues et diffuses. Or, une remarque de Virchow (2) est contraire à cette manière de voir : « On voit, dit-il, sur les membranes « séreuses, les végétations sarcomateuses partant « des premières métastases, envahir dans certains « cas, toute leur étendue, de manière à former « des revêtements continus d'épaisseur considé- « rable. »

En résumé, l'interprétation des résultats fournis par l'autopsie offre souvent matière à discussion.

Il serait désirable que l'étude microscopique des lésions donnât des éléments plus précis de différenciation.

Or, si l'on tient compte de tous les faits que l'anatomie pathologique a classés parmi les néoplasmes malins d'origine pleurale, il est trop évident que nos connaissances sur ce point laissent subsister encore bien des inconnues.

---

(1) Pitt. — *Path. Society of London, Lancet, May* 19, 1888, p. 977.

(2) Virchow. *Pathologie des Tumeurs,* traduction Aronsohn, page 250.

A ce point de vue, le parti est mince qu'on peut tirer des observations empruntées à la littérature médicale française, car elles ne comportent, pour la plupart, que des indications histologiques très sommaires.

Les plus authentiques et les moins discutables parmi ces observations se rapportent évidemment à des sarcômes développés primitivement dans la plèvre. La seule difficulté, en pareil cas, consiste à déterminer exactement le point de départ de la tumeur, car la lésion, bien qu'étendue à l'ensemble des feuillets pleuraux, prédomine souvent au niveau de certaines régions en continuité avec le tissu conjonctif sous-pleural, le médiastin notamment.

Citons, dans cet ordre de faits, les cas de Hofmokl (1), de Samuel Gordon (2), ceux présentés à la Société anatomique par Bernard (3) et F. Regnault (4), le cas inédit de Brunati (5) qui, tous, contribuent à établir d'une façon indiscutable l'existence des sarcomes primitifs de la plèvre. On peut regretter que dans toutes ces observations l'examen microscopique n'ait pas été poussé plus loin que ne l'exigeait le diagnostic histologique de la lésion ; car, pour beaucoup d'auteurs, l'étude anatomique des tumeurs sarcomateuses mériterait d'être révisée et nulle part, mieux que dans les séreuses, n'apparaîtraient plus clairement les affinités de ces productions avec d'autres tumeurs rangées jusqu'à nouvel ordre dans la série conjonctive, l'endothéliome ou cancer endothélial.

---

(1) *Société de Médecine de Vienne*, 14 nov. 1884. *Semaine médicale*, 1884, p. 457.

(2) Samuel GORDON. — Dublin. *Med. Journal*, mai 1874. *Analyse in Th. de Vinet.*

(3) BERNARD. — *Société anatomique*, Paris, 12 novembre 1893.

(4) F. REGNAULT. — *Bull. Société anat.*, Paris 1887, p. 528 531.

(5) BRUNATI. — *Th. Paris* 1894.

Déjà, en 1869, Ch. Robin (1) décrivait comme épithélioma primitif des séreuses, des productions auxquelles les recherches ultérieures attribuèrent plus tard une terminologie variée. C'est ainsi qu'elles ont été désignées successivement par les noms de cancer endothélial (Wagner) (2), pleuritis carcinosa (Perls) lymphangitis carcinomatodes (Schottelius) (3), lymphangitis prolifera. (Schwenninger) (4). Ces lésions, en ce qui concerne la plèvre, ont été l'objet de plusieurs travaux d'ensemble parmi lesquels nous devons citer les mémoires importants de Neelsen (6), de Bostroem (7), de Schulz (8). Telle qu'elle est définie par ces auteurs, la lésion dont il s'agit ici diffère absolument du sarcome et du carcinome vulgaire. Elle serait produite par la proifération de l'endothélium des vaisseaux lymphatiques, celle-ci s'opérant simultanément sur une multitude de points de la surface de la plèvre de même qu'au niveau des foyers métastatiques. De telle sorte que partout où se rencontrent des éléments épithéliaux néoformés, dans la plèvre, aussi bien que dans les organes éloignés, ils procèdent de l'irritation formative des surfaces endothéliales préexistantes et non pas, ainsi qu'il est de règle dans les sarcomes et dans les carcinomes, du transport à distance des éléments nés seulement en un point, l'endothélium restant passif.

---

(1) Ch. Robin. — Recherches sur l'épithélioma primitif des séreuses. *Journal de l'Anat. et de la Physiologie*, 1869, p. 239.

(2) Wagner. — *Arch. der Heikunde* (Bd XI).

(3) Perls. — *Virchow's Arch.*, Bd LVI.

(4) Schottelius. — *Inaugural dissertation Wurtzbourg*, 1874.

(5) Chwenninger. — *Annalen der stadt allgem. Krankenhausen zu München.* Bd. 1878.

(6) Neelsen. — *Deutsches Arch. für Klein medicin.*, Bd XXXI, 1882.

(7) Bostroem. — *Inaugural dissertation Erlangen*, 1881.

(8) Schulz. — *Arch. der Heilkunde*, XVII, 1876.

Deux observations de A. Fraenkel (1) complètent la liste des faits qui concernent le cancer endothélial de la plèvre. Nous pourrions y joindre également un cas publié par Rossier (de Lausanne) (2), si l'auteur n'avait pris soin, tout en signalant l'analogie que ses constatations microscopiques offraient avec les descriptions des auteurs précédents, de réserver toute interprétation pathogénique. Il propose à ces faits le titre de cancer primitif diffus, dénomination qui a l'avantage de faire ressortir une particularité microscopique presque spéciale aux cancers primitifs de la plèvre, à savoir : l'extension diffuse en nappe des lésions.

Grâce aux descriptions minutieuses des auteurs que nous venons de citer, la notion du « carcinome » pleural devient moins étrange et le terme également moins malsonnant. Elles nous expliquent les singularités apparentes des premiers cas publiés sous ce titre (Lépine, Dutil, Gouguenheim).

Convient-il de maintenir dans les limites d'une dichotomie immuable les deux groupes de tumeurs dont nous venons d'esquisser rapidement l'historique ? Faut-il, au contraire, à l'exemple de quelques auteurs (3), tenter un rapprochement entre les sarcômes vulgaires et les tumeurs endothéliales? A la vérité, il s'agirait alors de trouver pour la plèvre, ainsi qu'il a été fait pour d'autres séreuses, l'arachnoïde notamment, et pour certains angiomes cutanés (4), des cas nombreux établissant une transition entre le type endothélial pur et le sarcôme vulgaire.

---

(1) Fraenkel. — *Du cancer endothélial primitif de la plèvre. Generalblatt, für Klin, Med.* 1892, p. 51.

(2) Ziegler's. — *Beitrage de path. anat.*, p. 103, 1893.

(3) Monod et Arthaud. — *Revue de Chirurgie*, 1887.

(2) Jolly. — Etude anatomo-pathologique d'un angiome caverneux. — *Archives de Médecine expérimentale*, 1895.

C'est pour cela (bien que, à ce point de vue, nos recherches aient été infructueuses) que nous avons cru devoir faire une aussi large part aux descriptions histologiques dans l'observation qui va suivre.

OBSERVATION.

Hôtel-Dieu. — Clinique médicale de M. le professeur BONDET.

M....., G....., âgé de 49 ans, né à Curino (Italie), ébéniste, entré à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 18 février, mort le 12 juillet.

Antécédents héréditaires. — Père mort avant 50 ans avec des vomissements de sang ; mère morte vers 50 ans d'affection déterminée, 4 sœurs et 3 frères ; un frère est mort à 54 ans avec un point de côté ; une sœur est morte enfant ; une autre est morte en couches d'une maladie éruptive indéterminée.

Antécédent personnels. — Bubon inguinal suppuré. Pas d'accidents cutanés ultérieurs.

Marié, le malade a eu 6 enfants : 3 sont morts à 10 mois, 14 mois, et 2 ans, d'affections indéterminées ; 3 sont vivants et bien portants. Sa femme est morte à 35 ans, en quatre jours, d'une fluxion de poitrine.

Le malade n'est pas alcoolique ; il a cependant l'habitude du petit verre le matin, à jeun, et boit un litre de vin par jour.

Le malade ne se souvient d'aucune affection de quelque gravité, sauf à l'âge de 42 ans, d'une maladie aigüe accompagnée d'un point de côté droit, et de déliré violent, qui aurait duré un mois environ.

L'affection qui amène le malade à l'hôpital semble avoir débuté vers le 15 décembre 1894 insidieusement et peu à peu. Le malade ressentit vers cette époque un point de côté dans le flanc gauche ; il continua néanmoins son travail, mais il était essoufflé, et souffrait d'une toux quinteuse sans expectoration.

Quinze jours avant son entrée le malade vit ces symptômes s'aggraver ; de plus il avait des courbatures dans les membres inférieurs, de la céphalée, des frissons et il dut suspendre son travsil pendant quatre jours.

Enfin, il y a trois jours, les frissons, la courbature, la dyspnée, la toux quinteuse devfnrent de nouveau plus intenses et le malade dut se mettre au lit.

A l'entrée le malade se plaint surtout d'un point de côté ou plutôt d'une douleur étalée dans toute la moitié gauche du thorax, au niveau de la partie inférieure. Cette douleur est persistante, existe même en dehors des quintes de toux, ou des efforts respiratoires. La pression du thorax sur une large surface augmente l'acuité de cette douleur.

L'examen du malade révèle un certain degré d'aplatissement, de rétraction du flanc gauche, qui ne présente pas de voussure. La palpation indique une absence totale de vibrations dans toute la hauteur du poumon gauche en arrière ; la matité est également complète, absolue, et cela du haut en bas. Le murmure vésiculaire ne s'entend en aucun point. A la partie moyenne du poumon gauche sur une hauteur de cinq à six centimètres, on trouve un double souffle doux inspiratoire et expiratoire (dans la respiration forcée seulement). A ce niveau, voix de jeton et pectoriloquie aphone au-dessous, obscurité absolue jusque sur la ligne axillaire.

En avant, skodisme net sous la clavicule gauche et la ligne de matité, en avant, s'étend obliquement de la partie supérieure de la ligne axillaire antérieure jusqu'à l'extrémité inférieure de la ligne axillaire postérieure, coupant ainsi obliquement l'aisselle ; l'espace de Traube est sonore.

A droite, en avant comme en arrière d'ailleurs, il n'existe aucun signe stéthoscopique.

La pointe du cœur ne se sent pas au voisinage du mamelon ; cependant les battements sont précipités, énergiques, ébranlant la paroi sur une large surface. Il existe au niveau de l'appendice xiphoïde un centre de battements ; c'est à ce niveau que les bruits s'entendent le mieux ; ils retentissent très loin, à droite du sternum, sans que la matité cardiaque dépasse cependant le bord droit du sternum.

Les bruits sont précipités, mais absolument normaux.

Pouls très rapide, 124.

Respiration, 28.

Température, 38°, 5 le soir de l'entrée.

Langue un peu étalée, légèrement saburrale.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

20 *février*. — Thoracentèse. On retire un litre de liquide très hémorrhagique. Après la ponction la matité reste toujours aussi élevée en arrière ; le cœur reste déplacé.

Avec le liquide retiré on ensemence trois tubes de bouillon et on inocule deux cobayes, un dans le tissu

cellulaire sous-cutané de la cuisse, l'autre dans le péritoine.

21 *février*. — La température depuis la ponction est tombée à 37°. La pointe du cœur semble s'être reportée un peu à gauche. Le pouls est plus large, mieux frappé et bat à raison de 100 pulsations par minute.

22 *février*. — Pas de changement : température toujours basse; sueurs assez abondantes.

28 *février*. — La température n'est pas fébrile, depuis deux jours, elle est même plutôt un peu hypothermique.

L'épanchement n'a pas changé de niveau. En avant la matité remonte jusqu'à trois travers de doigt au dessous de la clavicule gauche ; en arrière, elle s'étend de la base jusqu'au sommet.

Le cœur reste toujours déplacé.

1er *mars*. — Nouvelle ponction. On retire un litre de liquide très hémorrhagique.

Toujours pas de fièvre.

13 *mars*. — Le liquide pleural, ensemencé, n'a pas donné de culture sur bouillon et les deux cobayes inoculés sont aujourd'hui très bien portants.

15 *mars*. — Le malade présente un peu d'œdème au niveau des malléoles et des cous de pied.

17 *mars*. — Le malade a uriné 500 gr. en 24 heures. Ces urines sont foncées, uratiques, mais ne contiennent pas d'albumine.

13 *mars*. — Nouvelle ponction (250 gr.) que l'on suspend au bout de quelques instants tant le liquide est hémorrhagique. Il semble que l'on ait affaire à du sang pur.

Cependant le liquide ne se coagule pas par le repos. Histologiquement on ne trouve que des globules rouges et quelques rares globules blancs. On ne trouve aucun agrégat ou amas cellulaire analogue à ceux que l'on trouve dans certains épanchements d'origine cancéreuse.

20 *mars*. — Aucun incident nouveau. L'examen révèle en arrière, à gauche de la voussure, sensation de flot pleurétique ; matité de bois de haut en bas. Au niveau de la fosse sous-épineuse souffle avec œgophonie et pectoriloquie aphone.

En avant la voussure est également assez apparente ; la moitié gauche du thorax reste immobile pendant les mouvements inspiratoires ; on entend un souffle pleurétique le long du bord gauche du sternum ; partout ailleurs en avant silence absolu.

Le cœur est toujours déplacé ; on ne perçoit des battements qu'au niveau de l'appendice.

Le foie déborde les fausses côtes de trois travers d doigt.

Respiration régulière, 28 par minute.

Pas de fièvre.

Le seul symptôme dont se plaigne le malade est cette douleur dans le flanc, douleur persistante correspondant à une surface de dix travers de doigt en hauteur et d'autant en largeur accompagnée de paroxysme et que la percussion ou même la pression exagère au point d'arracher un léger cri au malade à chaque nouvelle tentative d'examen.

21 *mars*. — Ponction de 1,200 grammes sans incident. Le liquide est toujours extrêmement hémorrhagique.

10 *avril*. — Ponction. On retire 1 litre de liquide toujours hémorrhagique. On constate, après la ponction, que la matité, qui atteignait en avant la clavicule, a fait place à de la sonorité dans les deux premiers espaces intercostaux.

12 *avril*. — Le liquide ne s'est pas reproduit aussi rapidement qu'après les ponctions précédentes. Les deux premiers espaces intercostanx sous la clavicule gauche sont restés sonores.

L'amaigrissement et la cachexie ont fait de rapides progrès.

Les symptômes douloureux persistent dans le flanc gauche : la percussion, même légère, produit des paroxysmes extrêmement intenses et cela dans toute la région axillaire sur la hauteur des six derniers espaces intercostaux. Cette douleur est accompagnée d'irradiations dans le bras gauche depuis l'épaule jusqu'au coude. Le bras ne présente pas d'œdème. On ne trouve, dans l'aisselle, aucune cause de compression.

Comme symptômes médiastinaux, on constate une légère dilatation de la pupille gauche, de la dilatation des veines sous-cutanées, de la moitié gauche du thorax et de temps en temps de la rancité de la voix, passagère.

24 *avril*. — Pas de modification bien appréciable : les signes stéthoscopiques restent les mêmes ; les deux premiers espaces sous la clavicule gauche sont restés sonores. La respiration s'entend vaguement dans la fosse sus-épineuse.

26 *avril*. — L'inoculation au cobaye a été absolument négative.

27 *avril*. — Ponction dans le 9e espace intercostal en arrière : cette ponction ne donne issue à aucun liquide. Le trocart, retiré, se montre bouché par un bouchon de

fibrine. L'examen microscopique ne révèle aucune cellule spéciale dans ce bloc fibrineux.

24 mai. — La cachexie fait des progrès ; depuis quelques jours le malade présente de l'œdème de la paroi, au niveau du siège des ponctions successives, sur une large étendue. On ne sent, dans cet œdème, aucun nodule cancéreux.

1er juin. — Nouvelle ponction. On ne retire que 50 grammes d'un liquide hématique ; le trocart est rapidement obturé par des concrétions d'aspect fibrineux.

13 juillet. — Le malade est mort de cachexie progressive sans avoir présenté de nouveaux phénomènes de compression. Il n'a eu, à aucun moment, de symptômes à proprement parler pulmonaires, ni fonctionnels, ni objectifs. Il n'a jamais eu d'expectoration sanglante ou gelée de groseille.

Autopsie

A l'ouverture du thorax l'on constate un épaississement lardarcé de la plèvre costale gauche, surtout à la base. Le poumon gauche est refoulé à la partie supérieure du thorax, réduit à l'état du moignon de la grosseur du poing et entouré dans une coque fibreuse d'un centimètre et demi d'épaisseur environ.

Le parenchyme pulmonaire est atélectasié, la limite entre ce dernier et la coque néoplasique qui l'enserre est nette et nulle part on ne voit de nodule ou de masse cancéreuse dans le poumon.

Il existe, à la base du thorax, une cavité du volume d'une orange remplie de caillots dont le plus grand nombre sont franchement cruoriques. Cette cavité est limitée par un tissu d'aspect lardacé développé sur la plèvre costale, le diaphragme et le médiastin. Le diaphragme, ainsi recouvert, offre une épaisseur de plus de 2 centimètres.

La masse principale de la tumeur, du volume d'une petite orange, est fixée sur le médiastin, près des attaches du péricarde au centre phrénique; elle refoule le cœur à droite. Cette tumeur est friable — de couleur blanc laiteux — elle donne peu de suc par le raclage. *Poumon droit.* absolument sain; rien dans les autres viscères.

Examen histologique. — Nous avons prélevé, pour l'examen histologique, des fragments de tissu appartenant à

la masse principale de la tumeur siégeant sur le médiastin, aux poumons et à la plèvre viscérale qui le recouvre, enfin au diaphragme.

a) *Fragment de tumeur médiastine.* — A un faible grossissement (Obj. 2 occul. 3 Verick) l'on constate que la majeure partie de la surface de la préparation est occupée par des éléments cellulaires réunis en nappes plus ou moins étendues et plus ou moins denses, mais sans configuration régulière. La préparation offre en outre un très grand nombre de vaisseaux et de lacunes remplis de globules rouges. A un plus fort grossissement l'on voit que les cellules qui constituent les éléments principaux de la tumeur, sont des cellules fusiformes, reconnaissables à leur noyau allongé, elliptique, entouré d'une mince membranlue protoplasmique qui s'effile en pointe au niveau des pôles de la cellule. Ces éléments fusiformes sont le plus souvent groupés en faisceaux qui ont une tendance manifeste à circonscrire des cercles incomplets, autour de certains centres qui paraissent parfois être des vaisseaux; ou bien encore ces faisceaux cheminent parallèlement à la direction d'un vaisseau sectionné longitudinalement.

Les cellules sont séparées par une substance intercellulaire très abondante, d'aspect fibrillaire. Il est assez difficile, du reste, de distinguer cette substance intercellulaire d'avec les prolongements déliés des cellules fusiformes, dans les points de la préparation où celles-ci forment des amas compacts. Par contre le reticulum fibrillaire se dessine admirablement partout où les cellules sont moins nombreuses et moins tassées les unes contre les autres, soit qu'elles semblent en quelque sorte dissociées par une infiltration de globules rouges, soit que la présence de vaisseaux vienne modifier la disposition des amas cellulaires néoplasiques.

En effet, les vaisseaux que présente la tumeur offrent deux types assez nettement tranchés. Les uns ont la constitution des vaisseaux adultes; tout au plus pourrait-on les comparer aux formations vasculaires des néo-membranes inflammatoires. Il existe presque toujours entre eux et le tissu néoplasique ambiant, une zone claire moins riche en cellules, mais, par contre, formée surtout de fibrilles conjonctives et au delà de laquelle les cellules fusiformes tendent à se disposer en couches concentriques à la lumière du vaisseau.

A côté de ces vaisseaux normalement constitués, il est d'autres formations dont la signification est moins nette

à première vue. Ce sont surtout de larges lacunes, parfois à peu près vides, sauf sur leurs bords où sont alignés des globules rouges; espaces aux contours régulièrement arrondis très nettement dessinés par une lamelle conjonctive relativement épaisse et parsemée de noyaux qui ne semblent pas appartenir à un révêtement endothélial. Ces lacunes, comme les vaisseaux les mieux formés, sont séparées des amas des cellules fusiformes par une aire assez étendue aux confins de laquelle l'infiltration néoplasique semble s'arrêter : cette zone limite est occupée par un reticulum fibrillaire à mailles larges dont les brins extrêmement ténus s'insèrent, en s'épaississant légèrement, sur la bordure conjonctive qui circonscrit la lacune vasculaire.

Les mailles du reticulum offrent des cellules d'aspect variable, cellules fusiformes, cellules rondes, cellules plates pourvues d'un protoplasma abondant et des prolongements. mais, en général, les cellules sont peu nombreuses. A la limite de cette zone, les cellules fusiformes reparaissent en amas de plus en plus denses, et les fibrilles du reticulum viennent se continuer avec la substance intercellulaire fibrillaire qui sépare les cellules du néoplasme. Toutefois ce tissu offre en ce point (et sur beaucoup d'autres d'ailleurs) des caractères de transition ; le reticulum dessine une série de cercles absolument réguliers, le long desquels s'incurvent 2 ou 3 cellules en faisceau, de façon à circonscrire une aire remplie de globules rouges à la façon d'une capillaire embryonnaire pourvue d'une seule couche de cellules. Cette ressemblance s'accentue sur d'autres points de la préparation où la coupe nous montre ces mêmes éléments, non plus sectionnés transversalement, mais en coupe longitudinale ; ils dessinent alors une série de cylindres incomplètement remplis de globules et dont les parois, absolument parallèles, semble formées de cellules fusiformes soudées bout à bout.

b) *Plèvre viscérale et poumon.* — Les coupes, d'une étendue d'un centimètre 1/2 au moins, se prêtent admirablement à l'étude topographique des lésions. Il s'agit, comme pour les fragments examinés plus haut, d'une infiltration néoplasique par des cellules fusiformes qui forment des amas diffus dans le tissu conjonctif souspleural et concourent en majeure partie à l'épaississement de la plèvre viscérale. On peut, entre les alvéoles les plus voisines de la plèvre et l'extrême bord de la

préparation, distinguer plusieurs zones assez nettement différenciables.

1° Vers la surface libre de la coupe, le tissu est formé de *fibrine fibrillaire* parsemée d'éléments cellulaires assez rares parmi lesquels dominent des leucocytes munis de 2, 3 ou 4 noyaux, des globules rouges et des cellules endothéliales. En général cette couche de fibrine recouvre et circonscrit de *vastes nappes hémorrhagiques*. Ces accumulations d'hématies au milieu desquelles on ne distingue aucune trace de formation conjonctive et que de rares cellules, sont parfois traversées par un canal cylindrique terminé en ampoule présentant la constitution des néo-vaisseaux embryonnaires. Une des extrémités de ce vaisseau va se perdre dans un tissu néoplasique de formation récente où les cellules fusiformes, entourées d'un feutrage fibrillaire très apparent, tendent à s'ordonner en espaces vasculaires.

2° Cette portion superficielle de la plèvre épaissie, recouvre une zone moyenne constituée par du tissu conjonctif adulte dans lequel l'infiltration, par les cellules fusiformes est plus discrète.

3° Enfin la couche profonde de la plèvre est formée par une nappe épaisse et continue de cellules fusiformes extrêmement nombreuses. Elle se prolonge avec les mêmes caractères dans l'épaisseur des septa interlobulaires, mais les éléments du néoplasme sont toujours séparés de la cavité des alvéoles par une épaisseur notable de tissu conjonctif absolument sain.

Les alvéoles n'offrent pas d'autres modifications histologiques que celles de l'atélectasie.

Diaphragme et plèvre diaphragmatique. — Comme la plèvre viscérale le tissu d'aspect lardacé qui constitue la plèvre diaphragmatique épaissie, présente plusieurs zones superposées de structure histologique différente.

Les faisceaux musculaires, pour la plupart sectionnés transversalement, n'offrent aucune altération appréciable. Ils sont séparés des éléments néoplasiques par une couche du tissu conjonctif fibroïde que parcourent des lacunes et des vaisseaux lymphatiques notablement élargis. A la surface interne de ces vaisseaux l'on distingue les noyaux du revêtement endothélial et, au centre, se trouvent accumulées des cellules épithéliales. Tout autour de ces organes lympatiques sont répandues à profusion de petites cellules rondes qui dessinent une série de nodules milliaires ou des trai-

nées diffuses répandues sur toutes la largeurde la préparation au-dessus de la couche musculaire.

Immédiatement au-dessus de cette zone de lymphangite hyperplasique et du tissu de granulation nous voyons apparaître les éléments néoplasiques. Ce sont, comme précédemment, des cellules fusiformes mais groupées de façon à constituer des *nodules* bien limités, elliptiques, placés à la suite les uns des autres en une seule assise, avec leur grand diamètre parallèle à la surfacc pleurale. La structure de ces nodules est celle des régions où les cellules fusiformes sont très confluentes ; celles-ci se réunissent en faisceaux épais à direction curviligne. Des vaisseaux embryonnaires parcourent les nodules.

Les néo-formations vasculaires sont particulièrement développées dans les espaces conjonctifs qui séparent les nodules. Là, en effet, l'orientation particulière des coupes fait que la plupart de ces vaisseaux de nouvelle formation ont été sectionnés parallèlement à leur grand axe et, par conséquent, on peut les suivre sur une longueur assez étendue. Or, on en compte plus de dix dans un même point de la préparation. Leur struture est absolument comparable aux vaisseaux des néo-membranes inflammatoires. D'une part, ils confinent aux vaisseaux les plus proches des faisceaux musculaires ; d'un autre côté, ils se perdent dans la couche du tissu conjonctif qui recouvre les nodules.

Celle-ci est formée par des couches superposéəs de travées fibroïdes épaisses séparées par des assises de cellules fixes.

Brusquement des éléments néoplasiques reparaissent au-dessus de cette couche, réunis en une nappe continue à la surface de la plèvre épaissie. Ce sont encore des cellules fusiformes, mais au lieu de former des faisceaux denses, elles s'orientent de façon à circonscrire des espaces circulaires ou allongés, plus ou moins remplis de globules rouges.

Le reticulum fibrillaire est très apparent entre les cellules et sa continuité avec lse faisceaux conjonctifs de la couche sous-jacsnte est de la dernière évidence.

RÉFLEXIONS.

L'observation qui précède est intéressante à deux points de vue. D'une part elle peut servir à fixer les caractères nosologiques encore indécis des tumeurs malignes de la plèvre, d'autre part elle apporte la contribution d'un fait nouveau à l'étude générale des sarcomes.

Le *diagnostic* de cancer primitif de la plèvre, porté du vivant du malade, s'est trouvé pleinement confirmé par les résultats de l'autopsie. A la vérité c'est déjà un problème souvent malaisé à résoudre que de démontrer la nature cancéreuse d'une pleurésie; or, la difficulté apparaît plus grande encore quand il s'agit de prouver que la plèvre est, à l'exclusion de tout autre organe, le siège primitif du néoplasme. Le diagnostic consiste donc à procéder à une double série d'éliminations. Dans le cas que nous publions, en présence d'une pleurésie hémorragique, à début insidieux, à marche chronique, après avoir rejeté l'idée d'un épanchement d'origine dyscrasique, lié au mal de Bright, à la cirrhose etc., nous avons dû examiner l'hypothèse d'une tuberculose pleurale; c'est pour cela que nous avons, dès le début fait des inoculations au cobaye avec le liquide retiré de la plèvre chez notre malade. D'une façon générale, cette épreuve d'une pratique aujourd'hui courante pour le diagnostic des pleurésies de nature suspecte, fournit parfois des indications précieuses quand elle est suivie de résultats positifs. Elle acquiert, au dire de quelques auteurs, une assez grande portée, puisqu'elle permet d'établir la nature tuberculeuse de certaines pleurésies hémorrhagiques terminées par la guérison (1).

D'après cette manière de voir, l'hématome-pleu-

(1) Mesnil.— Thèse de Paris, 1894.

ral simple (non traumatique) ne serait qu'une pleurésie tuberculeuse à forme curable (Mesnil).

Signalons encore quelques caractères cliniques importants au point de vue du diagnostic et qui concordent parfaitement avec les observations éparses dans la littérature médicale.

C'est, en premier lieu, l'absence de réaction fébrile durant toute la durée de l'affection. Quelquefois même on a noté des périodes d'hypothermie, comme chez notre malade

Un autre point, non moins important et qui semble bien spécial aux pleurésies cancéreuses, c'est la reproduction incessante, en quelque sorte indéfinie, de l'épanchement après chaque ponction.

C'est là, un fait très général, et qui, à notre connaissance tout au moins, n'a encore été infirmé, que par le cas très curieux publié par MM. Dieulafoy et Dutil (2) dans lequel est relatée la disparition complète de l'épanchement et la guérison apparente du malade après une seule ponction.

A l'autopsie l'on trouva la cavité pleurale totalement oblitérée par des formations cancéreuses ou inflammatoires.

Parmi les symptômes qu'on note d'une façon à peu près constante dans l'histoire du sarcome ou, d'une façon générale, du cancer primitif de la plèvre, il convient de réserver une large place aux signes de compression, à la douleur qui offre souvent des caractères particuliers et, enfin, il faut noter aussi l'absence de modification bien appréciable des signes physiques après les ponctions.

Nous croyons qu'il faut attribuer à ce groupe de symptômes, une signification un peu spéciale; ils nous semblent commandés par des dispositions *anatomiques* à peu près constantes, et sur lesquelles nous croyons devoir insister.

---

(2) Dieulafoy et Dutil, *loc. cit.*

Quand on lit les relations d'autopsie, on voit que le cancer primitif de la plèvre — à l'ouverture du cadavre — se montre sous deux aspects principaux qui, à la vérité, loin de représenter deux modalités anatomiques distinctes, ne sont, en réalité, que les dominantes d'un même processus. Ce qui frappe, à première vue, c'est tantôt une tumeur de volume plus ou moins considérable, tantôt un vaste épan chement; bien souvent enfin, les altérations pleurales offrent la combinaison d'un épanchement d'aspect variable, avec le bourgeonnement plus ou moins considérable d'un point quelconque du sac qui le renferme.

Il est exceptionnel, même lorsque la tumeur acquiert un très grand développement, que la cavité pleurale soit complètement oblitérée (cas de Dutil), il persiste, en général, une poche du volume d'un œuf de poule, d'un poing d'adulte, d'une tête de fœtus à terme, renfermant un liquide, des caillots ou des débris membraneux. L'infiltration néoplasique peut avoir comblé une grande étendue de la cavité pleurale, soit en avant (Lépine), soit au sommet (Pitt), soit au niveau du sinus diaphragmatique. C'est là surtout le fait des néoplasies à développement exubérant qui se présentent à l'autopsie, non plus comme un épaississement uniforme des plèvres, mais comme des tumeurs volumineuses que l'on a sous les yeux dès que le thorax a été ouvert.

En pareil cas, la tumeur adhère le plus souvent au plastron thoracique, et pour détacher celui-ci, l'on est oblige de sculpter en plein tissu du néoplasme. Ce tissu est friable, « s'enlevant par morceaux, ayant l'aspect d'une cervelle de mouton, « (Bernard), ou bien, « ferme, blanc, grisâtre, mamelonné, » (Dumarest); dans d'autres cas, c'est une large plaque indurée mesurant plusieurs centimètres d'épaisseur qui s'étend au-devant du péricarde et du poumon (Dutil). Le point de départ

de ces tumeurs est difficile à préciser lorsqu'elles se sont largement diffusées dans le thorax. Le tissu néoplasique infiltre les espaces intercostaux et, parfois, fait une saillie visible extérieurement,tel le cas de Schreiber, rapporté dans la thèse de Vinet (Obs. IX), qui relate la présence d'une tumeur à la partie inférieure du dos, descendant jusqu'à la crête iliaque.

Citons également, d'après le même auteur (Obs. VIII). la perforation d'une espace intercostal avec présence de nodosités dans les muscles. Nous distinguerons, toutefois, cette extension du néoplasme, des greffes produites dans la paroi thoracique par les ponctions.

Les côtes peuvent présenter quelques noyaux dans leur épaisseur (Bernard), le périoste est parfois décollé.

Le diaphragme est refoulé, plus ou moins bas, repoussant devant lui les viscères abdominaux. Dans le cas rapporté par Bernard à la Société anatomique, la convexité du diaphragme du côté gauche était abaissée de 20 centimètres au-dessous de la cinquième côte. Le rein gauche était descendu jusqu'au promontoire,

Le diaphragme est partiellement infiltré ou complètement détruit (Dumarest).

Dans ce cas, la tumeur était visible extérieurement au-dessus du rebord costal.

Le médiastin est un lieu d'élection pour ces infiltrations provenant des gros cancers de la plèvre. Le médiastin postérieur peut être comblé par le néoplasme, lequel confond dans sa masse tous les organes de la région, aorte, œsophage, pneumogastriques. Une des faces du péricarde participe toujours à l'épaississement de la plèvre, soit que l'infiltration dépassant les limites du sac fibreux, s'épanouisse sur sa face interne et même s'accompagne de nodules cancéreux sur le péricarde

viscéral (Obs. II, Thèse de Leplat), soit, qu'au contraire, ce qui semble la règle, les masses blanches de la plèvre médiastine envahissent le feuillet fibreux, sans le perforer, en se bornant à le refouler.

Lors même que nous ne trouvons pas à l'autopsie les grosses tumeurs bourgeonnantes que nous venons de décrire, il est d'observation presque constante que le médiastin et les régions voisines du péricarde soient intéressées dans l'ensemble des lésions plus qu'aucun autre point de la surface pleurale. Le bourgeonnement cancéreux comprime ou envahit les gros vaisseaux de la base du cœur. Dans le fait publié par M. Lépine, il est dit que la veine-cave supérieure, à 2 centimètres de son embouchure, était perforée par un champignon du volume d'un très gros pois faisant saillie dans l'intérieur du vaisseau. Dans l'observation que nous publions, un gros bourgeon cancéreux siégeait à la partie inférieure de la plèvre médiastine. Dans un autre fait (Dutil), la veine cave supérieure, à sa partie terminale, était comprimée sur une longueur de 3 centimètres par une tumeur développée surtout au niveau du cul-de-sac ou de la plèvre et reposant par un bord interne sur l'infundibulum pulmonaire. L'invasion du péricarde peut aller très loin et, dans certains cas, que l'on peut, il est vrai, interpréter comme se rapportant au cancer du péricarde, celui-ci est transformé en une gaîne cancéreuse de 3 à 4 centimètres d'épaisseur, dans laquelle le cœur se meut encore aisément (Obs. VI de la thèse de Leplat). Ailleurs, la tumeur est implantée dans le médiastin antérieur (Obs. III de la thèse de Vinet). Dans ces deux cas, la lesion part de là pour s'étendre aux deux plèvres costales, mais intéressant l'une d'elles à un degré plus marqué.

La plèvre renferme un liquide plus ou moins abondant dont la quantité peut atteindre plusieurs litres (5, 6 litres, Obs. de Regnault) ; d'une façon

générale, l'exsudat est d'autant plus abondant que les tissus sont moins épaissis, ont moins de tendance à former des masses volumineuses, ce qui s'explique, par le fait qu'en pareil cas l'affection a déjà une assez longue durée, et que les réactions inflammatoires sont apparentes surtout au début.

La nature du liquide est variable ; c'est tantôt un liquide citrin absolument clair ; un liquide louche ou sanguinolent ; enfin, un exsudat franchement hématique accompagné de caillots, de fragments fibrineux qui cloisonnent plus ou moins la cavité pleurale.

Presque constamment le poumon est perdu et difficile à trouver au sein du tissu de nouvelle formation. On le retrouve fixé au sommet de la cavité pleurale, sous forme d'un petit moignon blanchâtre du volume du poing ou plus petit encore. Il est entouré de toutes parts par la plèvre viscérale épaissie, son tissu est absolument [vide d'air. Lorsque la plèvre interlobaire participe à la néo-formation, le poumon est représenté parfois par deux ou trois lamelles noirâtres. séparées par des tranches de tissu blanchâtre lardacé. Les nodules, du volume d'un pois, d'une cerise, peuvent se rencontrer dans une épaisseur, absolument isolés, ou bien en continuité avec la plèvre viscérale. Les adenopathies sont fréquemment signalées, intéressant les ganglions du hile, ceux du médiastin, ou bien, en dehors du thorax, les ganglions sus claviculaires (Fraenkel), axillaires (Obs. I Vinet).

Les métastases siègent en premier lieu et assez fréquemment sur le poumon et la plèvre du côté opposé. Des auteurs les signalent dans un très grand nombre d'organes. Mais, avant de les énumérer il y aurait intérêt à mettre en regard de ces manifestations lointaines du cancer pleural, la variété histologique dont elles procèdent. Malheu-

reusement les documents sont encore trop peu nombreux pour nous renseigner d'une façon absolument satisfaisante à ce point de vue. Toujours est-il qu'à nous en tenir aux seules observations rassemblées jusqu'ici, on peut établir comme indication provisoire que les métastases, de même que les lésions pulmonaires, sont plutôt rares dans le sarcome primitif de la plèvre, alors que les généralisations cancéreuses semblent plus fréquentes dans les autres formes de tumeurs. C'est à propos des cas d'endothéliome et de carcinome de la plèvre que nous voulons citer les métastases, dans le foie (Schultz, Perls) les reins (Gouguenheim) les côtes, la dure-mère et la choroïde (Perls), capsules surrénales le péritoine (Rossier).

Nous pourrions poursuivre ce parallèle et établir également que le développement cancéreux sous forme de grosses masses molles et friables est plutôt le fait des tumeurs sarcomateuses et qu'au contraire le plus souvent, dans les descriptions qui ont trait à l'endothéliome de la plèvre, il est question d'un épaississement diffus de cette membrane assez comparable à l'aspect d'une pleurésie calleuse (Nelsen), si bien que, dans certains cas, la nature néoplasique a pu être méconnue.

Mais ces caractères différentiels n'ont rien d'absolu, car le sarcome primitif peut donner naissance à un simple épaississement lardacé des feuillets pleuraux, comme il est dit dans notre observation et comparable aux reliquats d'une vieille pleurésie.

L'intérêt de la description anatomo-pathologique qui précède réside évidemment dans la corrélation facile à établir entre les particularités anatomiques sur lesquelles nous venons d'insister un peu longuement et les symptômes que nous avons signalés précédemment.

Il est certain, en effet, que les signes relevant de la compression des organes thoraciques, observés

en même temps qu'un épanchement de nature hémorrhagique, acquièrent, dans l'espèce, une signification diagnostique particulière.

Or, ces symptômes d'observation constante dans tous les cas relatés jusqu'ici de sarcome ou de cancer primitif de la plèvre, sont variables. C'est tantôt la turgescence des veines du cou, d'une moitié du thorax et du bras correspondant, de la face également. Ces signes de compression donnent parfois au malade l'aspect d'un asystolique (Dutil, Dieulafoy). La dilatation unilatérale des veines cutanées s'accompagne, en général, d'un œdème limité à une moitié du thorax, ou qui s'étend parfois aux quatre membres (Dutil).

La difficulté de la déglutition est relatée dans quelques observations (A. de la Ménardière, Collier). La plupart du temps elle est due à la compression simple de l'œsophage, sans ulcération du canal et bourgeonnement de la tumeur à l'intérieur de ce dernier. Il est possible que la dureté du néoplasme joue un certain rôle, en pareil cas, car l'œsophage peut se trouver englobé au milieu de masses sarcomateuses abondantes, mais de consistance molle, sans que le malade ait accusé de dysphagie (Bernard).

Notre observation mentionne une dilatation de la pupille du côté gauche correspondant à l'épanchement.

De même les troubles oculo-pupillaires associés à des phénomènes vaso-moteurs de la face sont signalés dans l'observation de Bernard ; ces derniers consistaient en une vaso-dilatation de la moitié droite du visage. Ce côté était le siège de sueurs abondantes contrastant avec la sécheresse du côté opposé. Notons, en passant, que ces symptômes existaient du côté opposé au siège de l'épanchement et du néoplasme.

Une autre particularité symptomatique nous

paraît dériver de la disposition topographique des lésions dans le sarcome primitif de la plèvre, c'est le caractère des douleurs. Il n'est pas juste de dire, comme le prétend Unverricht, qu'ici la douleur ressemble à celle de toutes les pleurésies. Le point de côté qui caractérise le début des épanchements inflammatoires n'a assurément rien de commun avec la douleur diffuse étalée sur toute une moitié du thorax et localisée, à la pression, dans plusieurs espaces intercostaux que l'on relève dans l'histoire des malades atteints de sarcome pleural.

Cette douleur est parfois continue en dehors des circonstances qui l'exaspèrent, telles que la pression sur une large surface, les secousses de toux, et elle s'irradie dans l'épaule et le membre supérieur correspondant. C'est là, croyons-nous, le fait de la diffusion du néoplasme en surface sur une étendue plus ou moins considérable de la paroi thoracique, et de l'irritation des nerfs intercostaux qui en est la conséquence.

C'est également à l'épaississement diffus des feuillets pleuraux, ainsi qu'à l'extrême atélectasie du poumon emprisonné dans une coque cancéreuse inextensible, qu'il faut attribuer l'absence de modification des signes physiques après les thoracentèses largement évacuatrices. Souvent, en effet, après ces dernières, il persiste une matité absolue, en même temps que l'obscurité ou le silence respiratoires persistent sans le moindre amendement.

Nous avons tenu à limiter cette revue symptomatique aux seules particularités qui nous ont semblé présenter une raison anatomique suffisamment établie. Nous devons la compléter, en signalant la saillie que peuvent présenter extérieurement les sarcomes de la plèvre du fait de leur extension vers les parties molles de la cage thoracique, au niveau du diaphragme notamment. C'est ainsi que, dans le cas rapporté par Bernard à la Société ana-

tomique, le diaphragme était abaissé à 20 centimètres au-dessous de la cinquième côte ; à ce niveau la palpation permettait de constater la présence d'une tumeur. Dans l'observation de MM. Gangolphe et Dumarest la saillie de la tumeur dans l'hypocondre droit sembla en imposer un instant pour un kyste hydatique du foie.

Citons enfin, pour clore ce rapide exposé des symptômes, les résultats fournis par l'examen microscopique du liquide épanché. A la vérité ils ne sont pas, jusqu'ici, très concluants. Assurément la présence d'éléments cellulaires «polymorphes » dans le liquide, ou dans les parcelles de tissu adhérentes au trocart après une thoracenthèse, fournit un sérieux appoint au diagnostic. Cette recherche, dans le cas que nous publions, n'a pas donné de résultat. Du reste, il n'est pas encore possible de tirer de cette étude des éléments de différenciation entre les tumeurs de la plèvre, car, les formes cellulaires jusqu'ici remarquées se rencontrent aussi bien dans les cancers secondaires que dans le sarcome ou l'endothéliome pleural (Fraenkel).

La valeur diagnostique de l'épanchement hémorrhagique considérée au point de vue de sa teneur en globules rouges, est loin d'être absolue. D'après M. Dieulafoy, le liquide d'une pleurésie cancéreuse est très riche en globules sanguins, mais pauvre en fibrine. Or, nous avons constaté, dans le cas qui nous occupe actuellement, de gros paquets fibrineux dans la cavité de la plèvre. D'autre part on peut constater, en dehors du cancer, des épanchements offrant un chiffre fantastique de globules rouges. M. Lépine a cité l'observation d'un malade atteint de pleurésie hémorrhagique, dont l'épanchement était constitué par du sang presque pur; il avait, en effet, 2,500,000 globules rouges par millimètre cube. Or, le malade a parfaitement guéri.

En ce qui concerne *l'étude histologique* du sarcome de la plèvre, l'observation qui fait l'objet de ce travail fourni quelques renseignements intéressants. d'autant que la littérature médicale est à peu près muette à cet égard. Les descriptions se rapportant à ce groupe de tumeurs n'existent pour ainsi dire pas ; le plus souvent, les auteurs se bornent à formuler un diagnostic anatomique après examen microscopique de fragments dissociés de la tumeur.

C'est d'après ces documents que nous signalerons, parmi les néoplasmes conjonctifs observés dans la plèvre :

1° Le sarcome globo-cellulaire dont nous avons rencontré deux exemples (Obs. de Deruschinsky (1), obs. de Félix Regnault in thèse de Brunati).

2° Le sarcome fuso-cellulaire, plus fréquent que le précédent (4 observations).

3° Le cas publié par Demange (2), sous le titre de cancer colloïde primitif de la plèvre, pourrait être considéré comme se rapportant à un myxome. Il n'est pas sans intérêt de faire remarquer, à ce propos, que les myxomes, et les myxo-sarcomes, si fréquents dans le péritoine, sont exceptionnels dans la plèvre.

4° Citons enfin, à titre de curiosité, une observation de mélano-sarcome de la plèvre diaphragmatique chez une vache, et que l'auteur (Hamburger) fait suivre de remarques intéressantes, sur l'origine du pigment mélanique (3).

La brièveté des descriptions des auteurs nous oblige à nous reporter à l'observation que nous

---

(1) DERUSCHINSKY. — *Deutsch med. Woch.*, 1888, XIV, p. 52.
(2) DEMANGE. — Cancer colloïde primitif de la plèvre. *Revue Médicale de l'Est*, 1879, p. 108, 114.
(3) HAMBURGER. — *Arch. für path. Anat.*, *Berlin*, 1889, p. 427-29.

publions, pour ce qui concerne le sarcome primitif de la plèvre. Les développements histologiques dans lesquels nous sommes entrés, nous dispensent de reproduire à nouveau les caractères généraux du sarcome fuso-cellulaire.

Nous insisterons seulement sur deux points. En premier lieu, notons le *mode de répartition*, des éléments néoplasiques. L'épaississement diffus des feuillets pleuraux est constitué par un tissu dans lequel les propriétés du sarcome se combinent à des altérations en apparence inflammatoires.

A cette différence près que nous avons trouvé de la fibrine fibrillaire à la surface de la plèvre viscérale et que cette matière semblait faire défaut sur les préparations de la plèvre diaphragmatique, les lésions semblent disposées partout suivant un plan général à peu près identique. C'est ainsi qu'au contact même des organes, poumons et diaphragme, les cellules fusiformes se réunissent en nodules ou en traînées denses et compactes, tandis que une certaine épaisseur de tissu conjonctif adulte semblable aux néo-membranes inflammatoires, s'interpose entre les éléments précédents et les formations sarcomateuses récentes, répandues à la surface des feuillets pleuraux, comme si l'infiltration néoplasique se faisait par poussées successives, séparées par un stade de réaction simplement inflammatoire.

En second lieu, nous devons signaler la place importante qu'occupent les *vaisseaux* dans la structure de ce tissu. Cette remarque est intéressante tant au point de vue de la signification morphologique du sarcome fuso-cellulaire, qu'au point de vue, plus restreint, du mécanisme de l'hémorrhagie, car, dans l'espèce, nous croyons possible d'expliquer cette dernière par la rupture des vaisseaux embryonnaires de la tumeur; la structure des nappes hémorrhagiques de la plèvre viscé-

rale en fournit, du reste, une démonstration facile à saisir.

La richesse du tissu sarcomateux en éléments vasculaires néoformés est apparente surtout dans les points de formation récente. Ici, l'individualité des cellules fusiformes disparaît, en quelque sorte, et ce qui frappe, à première vue, c'est une disposition particulière du stroma, lequel limite des espaces arrondis ou des fentes cylindriques, vides ou remplis de globules rouges, tandis que le long du reticulum ainsi disposé, les cellules forment un revêtement régulier.

Notons en passant, que ce reticulum fibrillaire, se continue de la façon la plus nette avec les faisceaux conjonctifs du tissu environnant. Notons, enfin, qu'entre les formations lacunaires remplies de globules rouges et les *vaisseaux* les *mieux constitués*, nous rencontrons tous les aspects intermédiaires.

Cette extrême vascularisation des néoplasmes est un des traits les plus caractéristiques de la structure des sarcomes ; il est aussi le point de départ de toutes les discussions concernant l'origine de ces tumeurs. Le plus souvent, les vaisseaux ont des parois qu'on peut nettement distinguer d'avec le tissu de la tumeur. Il faut noter, en particulier, que ces vaisseaux normalement constitués, sont presque toujours séparés des éléments du néoplasme, c'est à dire des faisceaux de cellules fusiformes, par une aire conjonctive fibrillaire qui tranche par sa coloration, moins sombre, sur les régions sarcomateuses fortement imprégnées, auxquelles elles servent de barrière, comme si l'adventice servait à protéger les vaisseaux contre ces dernières.

Dans d'autres cas, « les canaux vasculaires sont « simplement formés par l'écartement des éléments

« de la tumeur, c'est à dire que ces éléments sont « aussi ceux des parois vasculaires et il semble « que la tumeur se soit développée aux dépens « d'une prolifération des parois vasculaires » (Ziegler).

Il semble, d'après l'examen des préparations que nous venons de décrire, que cet aspect soit bien celui qu'offrent en général les points de formation récente, tels qu'on les remarque à la surface des plèvres diaphragmatiques, viscérales et médiastines. Là, en effet, les développements des espaces vasculaires que l'on est, à première vue, tenté d'assimiler à des capillaires embryonnaires, est tout à fait remarquable.

Cependant, si caractéristique que soit cette disposition des cellules néoplasiques, elle ne tranche pas la question qui divise les anatomo-pathologistes : Les cellules sarcomateuses proviennent-elles de la paroi des cavités vasculaires? (Darier.)

Les vaisseaux, ou plutôt les ébauches vasculaires qu'offre la structure du sarcome, dérivent-ils, au contraire, d'une adaptation spéciale des cellules de la tumeur ? (Pilliet. — Note préliminaire sur la structure des angiomes cutanés. — *Société anatomique, décembre 1894*).



59.822. — Imp. A. Waltener. - P. Legendre et Cie, Suc. — Lyon.